

### DOMANDA REVOCA ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_, matricola \_\_\_\_\_, codice  
fiscale \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_

Università degli Studi di Palermo

Azienda Ospedaliera Policlinico

### CHIEDE

la **revoca** dell'iscrizione quale Socio presso codesto CRAL, a cui delega l'incarico di darne comunicazione all'Ufficio Stipendi di propria pertinenza, Università degli Studi di Palermo o Azienda Ospedaliera Policlinico per interrompere la trattenuta mensile dalla propria retribuzione, a decorrere dal mese di gennaio \_\_\_\_\_ della quota associativa al C.R.A.L. UNIPA.

La presente revoca deve essere inviata entro trenta giorni dalla scadenza annuale ed è subordinata al nulla osta rilasciato dal Presidente del Cral UNIPA.

Con osservanza

Data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(firma)

*Il C.R.A.L. UNIPA informa, ai sensi dell'art.10 della legge 31/12/1996 n. 675, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, che i dati sopra indicati potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata la nostra attività.*

*Informa, altresì, che in relazione ai predetti trattamenti possono essere esercitati i diritti di cui all'art.13 della legge 675/96.*

Data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(firma)

\*\*\*\*\*